



## טופס הסכמה: טיפול בורידים ע"י דבק ביולוגי

### VenaSeal™ Closure Procedure

שם המטופל/ת \_\_\_\_\_

ורידים מורחבים (דליות) בגפיים התחתונות מהווים ביטוי לפגיעה במערכת הוורידית השטחית על רקע אי ספיקה של מסתמי הורידים ו/או ליקוי בדפנות הורידים. התרחבות המערכת הוורידית השטחית עלולה לגרום לפגיעה אסתטית, תחושת כובד, בצקות ברגליים, דלקות ורידים, שינויי צבע בעור הרגל וכיבים כרוניים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אלכסנדר קנטרובסקי על טיפול בדבק ביולוגי של וורידים חולה/ים בהנחיית אולטרה סאונד כטיפול המיועד להעלים/לחסום את הורידים הגדולים הפגומים השייכים למערכת שטחית של רגל ימין / רגל שמאל / שתי הרגליים ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה ולצילום לצורך תיעוד רפואי.

אני מבין/ה שהפעולה כוללת החדרה של צנתר של ערכת הדבק לווריד החולה בהכוונת דופלקס (מכשיר הדמיה מסוג על-שמע). כשהצינורות ימוקם/מו, יופעל המכשיר בתוך הוריד המטופל ודבק ביולוגי יוזרק. כתוצאה של תהליך הריפוי הגורם להצטלקותו של הוריד, הוא מצטמק לרוב לממדים בהם לא ניתן למשש או לראות אותו.

אני מבין/ה שקיים סיכוי שוורידים מפותלים שלא ניתן להחדיר לתוכם את הצנתר שדרכו מוזרק הדבק, יצטרכו טיפול נוסף ע"י הטרשת קצף או בשיטה אחרת.

קבלתי מידע על טיפולים חלופיים הכוללים ניתוח שלילת וריד הצפון (stripping), כריתה של דליות דרך חתכים קטנים (פלבקטומיה), טיפול בשיטה טרמית וטיפול קבוע באגידה אלסטית. אני מבין/ה שתופעות לוואי אפשריות הן חבורות (bruising), תחושה של "משיכה" או כאב לאורך הרגל, נפיחות בשוק או בקרסול, גושים רגישים מתחת לעור (דלקת בווריד שטופל) והופעת צבע אדום-חום לאורך הורידים שטופלו (פיגמנטציה). התופעות הללו, להוציא מקרים נדירים, הן זמניות בלבד וחולפות ללא סימן היכר. תופעות לוואי נדירות ביותר של הפעולה הדורשות טיפול נוסף הן זיהום, תגובת רגישות יתר, פקקת ורידית עמוקה, הזרקה תוך עורקית והופעת כיב.

**הסכמת המטופל/ת:** קראתי והבנתי במלואו את טופס ההסכמה הזה ואני מבין/ה שאינני צריך/ה לחתום על טופס הסכמה, עד שכל שאלותיי נענו והוסברו לשביעות רצוני.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת // אפטרופוס של המטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חתימה וחתימת הרופא: \_\_\_\_\_